VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 5)**

z dnia 23 lipca 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 5)

23 lipca 2014 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Michała Szczerby (PO)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– informacja Ministra Zdrowia na temat stanu obecnego, roli i perspektyw rozwoju telemedycyny w profilaktyce i opiece senioralnej,

– podjęcie uchwały w sprawie stałego doradcy Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Warczyński** i **Aleksander Sopliński** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marzena Breza** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Janusz Szymborski** członek Rządowej Rady Ludnościowej, prof. dr hab. **Bolesław Samoliński** przewodniczący Rady ds. Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, **Renata Ekielska** członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy MPiPS, członek prezydium Komisji Dialogu Społecznego ds. Osób Starszych i Kombatantów przy Biurze Pomocy i Projektów Społecznych m.st. Warszawy, **Ewa Zbelicka** członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy MPiPS, **Krystyna Lewkowicz** prezes Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku, **Elżbieta Kamińska** prezes Europejskiego Centrum Uniwersytetów Drugiego i Trzeciego Wieku, **Krystyna Męcik** prezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Łazach, **Bożena Sałacińska** przewodnicząca RS Kazimierzowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Bydgoszczy, prof. dr hab. n. med. **Jerzy Walecki** konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, kierownik Zakładu Diagnostyki Radiologicznej CSK MSW, prof. dr hab. n. med. **Danuta Ryglewicz** konsultant krajowy w dziedzinie neurologii Instytut Psychiatrii i Neurologii, **Krzysztof Kochanek** sekretarz naukowy oraz **Paweł Doliński** zastępca dyrektora ds. Organizacji i Rozwoju Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, **Ryszard Olszanowski** prezes Izby Gospodarczej Medycyna Polska wraz ze współpracownikami, **Marek Kamiński** dyrektor Krajowej Izby Gospodarczej wraz z współpracownikami, **Krzysztof Przybył** prezes Zarządu Fundacji „Teraz Polska", **Zbigniew Piskorz** przedstawiciel Warszawskiej Izby Przedsiębiorców, **Robert Mazur** dyrektor Szpitala Wolskiego im. Dr Anny Gostyńskiej SP ZOZ w Warszawie, **Anna Jakrzewska-Sawińska** kierownik Poradni Geriatrycznej przy Wielkopolskim Stowarzyszeniu Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe" w Poznaniu, **Jolanta Czerniak** dyrektor Domu Lekarza Seniora w Warszawie, **Jacek Waldemar Gawryszewski** prezes Zarządu Sp.z.o.o. e-Medicina Polska, **Jarosław Chłosta** prezes Telecare wraz ze współpracownikami, **Adam Konko** prezes spółki Kardio-Med Silesia i dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca, **Danuta Paśnicka** lekarz medycyny pracy w Centrum Attis, **Zenon Wasilewski** ekspert ds. prawa farmaceutycznego Business Centre Club, **Dorota Głowacka-Mańka** koordynator organizacyjno-prawny w LUX-MED Tabita Sp.z.o.o, **Marek Frysz** menedżer ds. ochrony zdrowia w SAS Institute Polska, **Ewa Kałużny** właściciel Smartmed, **Piotr Slomian** i **Paweł Sieczkiewicz** członkowie Telmedicin Sp.zoo, **Tomasz Dziobak** prezes MedGo, **Małgorzata Łazińska** członek zarządu spółki Edu4Med, **Rafał Babiński** właściciel Sport Timing, **Ryszard Lubliński** prezes Zarządu University Health Management, **Maciej Młynarski** ekspert ICT (Information & Communication Technologies) oraz właściciel Strategy Program Project Services, **Olexander Tokarev** analityk biznesowy w TechBrainers, **Lidia Jastrzębska** doradca biznesowy, **Krzysztof Piotrowicz** doradca gospodarczy w Kancelarii Prawnej Doradztwo Gospodarcze, **Ewa Gołębiowska** doradca w Qualia Development, **Tadeusz Kaczorowski** właściciel Metaphysical Consulting Poland, **Paweł Ciesielski** i **Małgorzata Nakraszewicz** członkowie oraz **Dobrawa Biadoń** ekspert Konfederacji Lewiatan, **Iwona Wójcik** Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska, **Renata Górna** radca ds. ochrony zdrowia w Ogól-

nopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych, **Longina Kaczmarek** członek Prezydium Forum Związków Zawodowych, **Marek Wójcik** zastępca dyrektora Biura Związku Powiatów Polskich, **Dorota Piekarek** główny specjalista w Wydziale Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, **Wiesława Walkowska** adiunkt w Instytucie Nauk o Edukacji na Uniwersytecie Śląskim, **Iwona Kozłowska** koordynator ds. edukacji w Biurze Komisji do Zwalczania Dopingu w Sporcie, **Joanna Mielczarek** dyrektor Stowarzyszenia „Mali Bracia Ubogich", **Paweł Leszek** prezes Zarządu Fundacji Ja Tak oraz **Barbara Mroczkowska** przewodnicząca Stowarzyszenia Rodzin Wojskowych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Krowiranda** i **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich państwa na piątym posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Witam wszystkich zaproszonych gości, w szczególności pana Aleksandra Soplińskiego i pana Piotra Warczyńskiego podsekretarzy stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witam bardzo serdecznie przedstawicieli Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam bardzo serdecznie konsultantów krajowych, którzy są dzisiaj razem z nami. Witam przedstawicieli organizacji pracodawców, przedsiębiorców Krajowej Izby Gospodarczej oraz Izby Gospodarczej Medycyna Polska. Chcę także przywitać przedstawicieli organizacji seniorskich, w tym Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Szanowni państwo, witam także wiceprzewodniczących Komisji: panią poseł Marzenę Okłę-Drewnowicz, panią Józefę Hrynkiewicz a także wiceprzewodniczącą Komisji Zdrowia panią poseł Beatę Małecką-Liberę, która była jedną z inicjatorek tematu, który chcemy dzisiaj omówić.

Tematem dzisiejszego posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej jest rozwój telemedycyny. Wydaje się, że ta sprawa ma kapitalne znaczenie i ma coraz bardziej istotny wpływ na profilaktykę i opiekę senioralną w naszym kraju. Telemedycyna jest narzędziem wspierającym pracę personelu medycznego podnoszącym poziom bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Jest tym narzędziem, które poprawia i wyrównuje terytorialnie dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz poprawia ich jakość. Telemedycyna to jest także lepsza diagnostyka.

Co jest bardzo istotne? Po pierwsze, mamy dokładne ramy prawne, które funkcjonują w Unii Europejskiej. Myślę przede wszystkim o dwóch dokumentach. Jest to „eHealth Action Plan 2012-2020" a także nowy dokument a mianowicie – „GREEN PAPER on mobile Health", który został zaprezentowany przez Komisję Europejską w kwietniu tego roku. Wszyscy o tym wiemy, a szczególnie państwo obecni na dzisiejszym posiedzeniu Komisji, że w polskim prawodawstwie do tej pory nie ma ugruntowanej definicji e-medycyny czy telemedycyny. Powszechnie stosuje się wiele definicji.

Chcę państwa poinformować, że w imieniu prezydium Komisji zamówiłem opinię prawną Biura Analiz Sejmowych, która dotyczy dwóch aspektów. Jest ona do państwa dyspozycji. Dotyczy ona umiejscowienia usług telemedycyny w Polskiej Klasyfikacji Działalności – PKD oraz analizy opodatkowania podatkiem VAT usług telemedycznych. Ta opinia prawna jest do dyspozycji wszystkich państwa w sekretariacie Komisji.

Szanowni państwo, jeżeli rozmawiamy o telemedycynie, tak naprawdę możemy mówić o różnych usługach telemedycznych. Do tej grupy należy także: teleopieka, czyli opieka nad pacjentami chorymi przewlekle, telediagnostyka czyli opis badania, diagnoza dokonywana na podstawie medycznych danych multimedialnych, telekonsultacja czyli możliwość przekazywania za pomocą łączy video, w tym rozdzielności HD, obrazu i przeprowadzania konsultacji, a także telenauczanie, które ma wpływ na wspomaganie pracowników medycznych i pacjentów. Także telezabiegi, teleoperacje czyli różne możliwe narzędzia, którymi dysponuje ta dziedzina.

Szanowni państwo – przyjmując zaproponowany porządek dzienny posiedzenia, który obejmuje dwa punkty – proponuję poprosić przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, aby przedstawili nam informację o obecnym stanie oraz na temat roli i perspektyw rozwoju

telemedycyny w profilaktyce i opiece senioralnej. Bardzo proszę, panie ministrze. Rozumiem, że rozpocznie pan minister Piotr Warczyński. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:

Dziękuję bardzo za zaproszenie. Dzień dobry wszystkim. Na początku chciałbym przeprosić, bo w niewiadomym dla nas momencie być może będziemy musieli opuścić posiedzenie Komisji. W tej chwili odbywa się posiedzenie Senatu, na którym rozpatrywane są nasze bardzo ważne projekty ustaw. Wszyscy tam musimy być obecni. Jednak oposiedzenie się przeciąga i te punkty znajdują się w coraz dalszej perspektywie. Wobec tego mam nadzieję, że będziemy z państwem jak najdłużej.

Wracając już do tematu. Na wstępie chcę powiedzieć, że żyjemy w tak fascynującym okresie, kiedy technika niesłychanie rozwija się. Pamiętam te czasy – pewnie część z państwa też – kiedy używaliśmy takich narzędzi, jak: ZX Spectrum, Commodore, później pierwsze PC. I wtedy ci, którzy się interesowali, byli w stanie nadążyć za wiedzą o technice, czyli krótko mówiąc, jak to wszystko działa. Nawet niektórzy z nas pisali w pierwszych językowych aplikacjach drobne programy. Dzisiejsze czasy już na to nie pozwalają. W żaden sposób nawet nie ośmielam się nadążyć za wiedzą dotyczącą techniki, która dotyczy przede wszystkim rozwoju systemów elektronicznych, systemów komputerowych, które teraz przenoszą się na ogromne obszary techniki mobilnej. Myślę, że zaczyna ona dominować zarówno w obszarze komputerów, jak i też zaczyna wchodzić w obszar medycyny. Już dawno zauważył to świat i Europa, jak również my implementując odpowiednie prawo europejskie i tworząc własne prawo.

Wspomnę tu po raz pierwszy o ustawie o systemie informacji medycznej. Będę o niej jeszcze kilka razy mówił. W tej chwili tę ustawę w znaczący sposób nowelizujemy. Założenia do zmiany ustawy są w trakcie prac legislacyjnych. Później projekt ustawy będzie przedmiotem pracy parlamentu a więc również Komisji Zdrowia, być może również tejże Komisji. Natomiast dlaczego nowelizujemy to prawo? Chcę tutaj wspomnieć o ogromnym projekcie informatycznym tzw. Projekcie P1, a więc o Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Jest to jeden z największych, jeśli nie największy projekt unijny, europejski dotyczący e-medycyny czyli elektronizacji medycyny. W momencie, kiedy ten projekt osiągnie swoje apogeum będziemy jednym z pierwszych krajów Unii Europejskiej, który w tak kompleksowy sposób obejmie medycynę systemem informatycznym i informacyjnym. Jednak to jest jakby osobna, wielka sprawa do omówienia. Oczywiście przed nami ogromna praca.

Pan przewodniczący już częściowo poruszył to, co chciałem powiedzieć, mówiąc o obszarach telemedycyny. Dodałbym tylko jeszcze jeden obszar telemedycyny a mianowicie m-medycyna czyli ta mobilna medycyna, czyli wszystkie nasze smartfony, tablety, które nosimy przy sobie, a które już zaczynają służyć do tego, aby poprawiać nasze zdrowie, poprawiać nasz zdrowy tryb życia i również czasami monitorować nasze funkcje życiowe.

Stoimy przed szczególnym wyzwaniem, zderzając te dwa obszary – czyli telemedycyny, e-medycyny, m-medycyny z obszarem senioralnym. Właśnie w tym obszarze ta część medycyny może być szczególnie dobrze wykorzystana.

Jak wiemy, choroby dotyczą w większości osób starszych i większość naszych problemów zdrowotnych zaczyna się w podeszłym wieku. Mamy jeszcze jeden problem, a mianowicie wykluczenia elektronicznego. Dotyczy to nie tylko naszego społeczeństwa ale też innych społeczeństw Europy. Część osób starszych głównie tych 70+, mówiąc kolokwialnie, nie załapała się na czas rozwoju systemu elektronicznego. W związku z tym nie potrafi z niego korzystać. Jest to jeden z wielkich obszarów do pracy, aby te osoby nauczyć i przekonać do korzystania z osiągnięć telemedycyny.

Pan przewodniczący wspominał o dokumentach europejskich. Chciałbym wspomnieć również o naszych, polskich dokumentach a mianowicie o dokumencie rządowym „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020", w którym bardzo mocno jest zarysowana telemedycyna. W tym dokumencie wskazuje się na:

– konieczność opracowania chociażby minimalnych standardów teleopieki i innych form wykorzystania telemedycyny w stosunku do osób starszych;
– określenia zasad i źródeł finansowania a więc określenie roli płatnika czyli Narodowego Funduszu Zdrowia w tych obszarach, w których powinien płacić za procedury realizowane w sposób cyfrowy czyli za telemedycynę.

Ten dokument wskazuje również na aktywizację środowisk lokalnych w celu tworzenia społecznych inicjatyw również wykorzystujących telemedycynę. Mówi też oczywiście o wspieraniu tych wdrożeń oraz o wykorzystywaniu nowych technologii. Obecnie wiele projektów unijnych jest realizowanych i przynajmniej w części konsumuje również obszary telemedycyny osób starszych. Jest to szereg projektów współfinansowanych w ramach 7 osi priorytetowej. Pewnie o tym będziemy mówili w dalszej części.

Chciałbym również wspomnieć o Programie Operacyjnym „Polska Cyfrowa 2014-2020". Jest to projekt, o który ubiega się w tej chwili Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia jednostka podległa Ministrowi Zdrowia. Projekt ten ma stworzyć platformę telemedyczną, która będzie wykorzystywała nowe technologie informacyjne. Ma się składać z dwóch komponentów, to jest komponentu zawierająca cel konsultacji i telediagnostykę oraz komponentu zawierająca telemonitoring. Te projekty również, a może w szczególności, dotyczą osób starszych. Telemonitoring właśnie dotyczy osób, które chorują na choroby przewlekłe a te dotyczą w szczególności osób starszych. Będzie on wykorzystywany w tych obszarach.

Jak państwo widzą duża część tych zadań w postaci całej ustawy o systemie informacji medycznej reguluje obszar telemedycyny w ochronie zdrowia. I teraz ta nowelizacja, która jednocześnie to zdefiniuje. To właśnie w tej nowelizacji zostanie zdefiniowana telemedycyna i to pozwoli na funkcjonowanie takich obszarów jak: e-skierowanie, e-recepta w obszarze ochrony zdrowia.

Część pracy jeszcze przed nami, ale już duża część została zrealizowana. Oczywiście bez dobrej organizacji tych wszystkich aspektów w ramach podmiotów leczniczych i dobrej współpracy między personelem medycznym a pacjentami nie da się tego wszystkiego osiągnąć. Gdyby państwo mieli później jeszcze szczegółowe pytania, oczywiście służymy odpowiedziami wraz ze pracownikami Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze za to wprowadzenie do naszej dyskusji. Pragnę poinformować, że są obecni na sali konsultanci krajowi. Jest konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego pan profesor Bolesław Samoliński. Jest pan profesor Jerzy Walecki krajowy konsultant w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz pani profesor Danuta Ryglewicz konsultant krajowy w dziedzinie neurologii. Serdecznie państwa witamy.

Szanowni państwo. Chciałem poinformować, że w ostatnim okresie bardzo ciekawym wydarzeniem, w którym brałem udział jako przewodniczący Komisji, był V Kongres Innowacyjnej Gospodarki organizowany przez Krajową Izbę Gospodarczą oraz Izbę Gospodarczą Medycyna Polska. Jako Komisja otrzymaliśmy raport na temat „Uwarunkowań Rozwoju Telemedycyny w Polsce" dotyczący potrzeb, barier i korzyści a także analizy rynku i rekomendacji. Przygotował go zespół ekspertów pod koordynacją pana Ryszarda Olszanowskiego. Bardzo serdecznie dziękujemy za ten materiał.

W tym momencie otwieram dyskusję. Jeżeli są jakieś pytania państwa do panów ministrów, jeżeli chcielibyście państwo zabrać głos w sprawie, która nas interesuje, to bardzo do tego zachęcam. Bardzo proszę. Pani poseł Beata Małecka-Libera z Komisji Zdrowia. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, Wysoka Komisjo. Wydaje mi się, że temat dzisiaj poruszany jest bardzo istotny i bardzo aktualny, z tego względu, że jest nowe rozdanie środków unijnych i jest to moment kiedy będą powstawały różnego rodzaju projekty. Jeżeli chodzi o telemedycynę ogólnie, to ten temat znamy w środowisku i telemedycyna jest od wielu lat stosowana. Jest świetnym narzędziem, jeżeli chodzi o wykorzystanie do opieki nad osobami starszyymi a także jako narzędzie do profilaktyki.

Bardzo uważnie wysłuchałam tego, co powiedział pan minister i zgadzam się ze wszystkim. Bardzo dobrze, że takie prace zostały rozpoczęte w Ministerstwie Zdrowia. Chcę jednak zwrócić uwagę na dwa ważne elementy. Po pierwsze, rzeczywiście brakuje nam definicji i stąd moje pytanie. Na jakim etapie jest nowelizacja tej ustawy? Kiedy będziemy mogli mówić już o jej procedowaniu? Bez tej nowelizacji ustawy będzie nam trudno później rozmawiać o opiece telemedycznej.

Drugie moje pytanie. Chcę podkreślić, że w naszym kraju w wielu miejscach obserwuję zastosowanie już opieki telemedycznej. Takim przykładem jest również opieka proponowana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w województwie śląskim. Na sali są zaproszone przeze mnie osoby ze Śląska, które prowadzą zarówno telemedycynę w formie profilaktyki dla dzieci, ale także mają doświadczenia w opiece właśnie osób starszych. Dlatego chcę prosić pana przewodniczącego o umożliwienie zabrania przez nich głosu i pokazania jak realizują ten projekt. Wydaje mi się on na tyle ciekawy, że można byłoby go później wykorzystać w prowadzeniu pilotażu w większym regionie czy województwie. To jest jedna moja uwaga.

Natomiast druga sprawa. Pan przewodniczący czy pan minister mówił o tym, że w nowym rozdaniu 2014-2020 w polityce senioralnej Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej opracowało fantastyczną prognozę i strategię swoich działań. Jednak chciałabym z całą mocą podkreślić, że MPiPS proponuje głównie rozwiązania opiekuńcze. Natomiast duże znaczenie i dużą rolę powinniśmy również przydzielić Ministerstwu Zdrowia jako tej instytucji, która jest odpowiedzialna za wszelkie choroby przewlekłe. Niestety będą one występowały w coraz większym wymiarze, choćby z tej racji, że nasze społeczeństwo żyje dłużej. Jak wiemy, żyjemy dłużej i chcemy, aby wydłużone lata życia upływały nam w miarę bezpiecznie. Dlatego rola Ministerstwa Zdrowia jest tutaj ogromna. To są te dwa pytania do pana ministra. Do pana przewodniczącego jest prośba, żeby osoby, które przyjechały mogły zabrać głos. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Czy pan chciałby odpowiedzieć?

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Tak, oczywiście. Założenia do nowelizacji projektu ustawy o systemie informacji medycznej są przyjęte przez Radę Ministrów. Teraz czeka nas pewnie około dwumiesięczny okres procedowania samego projektu ustawy. Po wakacjach na przełomie września, października projekt powinien być podpisany przez Prezydenta RP. To jest ta informacja dotycząca legislacji.

Natomiast drugie pytanie. Chcę powiedzieć, że uczestniczyliśmy w pracach nad dokumentem, którego głównym autorem był Minister Pracy i Polityki Społecznej. Z oczywistych względów tam wiele komponent dotyczyło ochrony zdrowia. Nie jesteśmy głównym autorem, ale dołożyliśmy parę spraw. Rzeczywiście to jest bardzo, bardzo ważny dokument – również według nas. Myślę, że więcej na ten temat będzie mógł powiedzieć pan profesor, który był również uczestnikiem prac nad tym dokumentem.

Oczywiście rola Ministerstwa Zdrowia w tych obszarach jest niezwykle ważna, ponieważ przede wszystkim muszą zostać one jakby zaimplementowane w prawie. To się stanie po wejściu w życie nowelizacji ustawy o informacji medycznej. I wtedy nie będzie żadnych przeciwwskazań prawnych do tego, żeby usankcjonować funkcjonowanie telemedycyny również w zakresie finansowania ze środków publicznych. Myślę, że wtedy pojawią się stosowne produkty opracowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i takie, które będą finansowały procedury medyczne realizowane poprzez telemedycynę. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, mam jeszcze jedno pytanie. Czy pilotaże, które ewentualnie możemy przeprowadzać w rejonie również powinny rozpoczynać się dopiero po nowelizacji ustawy czy też niezależnie od tego?

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

To oczywiście zależy od zakresu tych pilotaży. Z reguły nie dotyczą one uczestnika płatnika publicznego. Wobec tego te pilotaże, które dotyczą podmiotów leczniczych, które lokalnie realizują czy będą realizowały pewne aspekty dotyczące telemedycyny, nie muszą czekać na nowelizację tej ustawy. Zresztą tenże projekt, o jakim wspominałem i o który ubiega się Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia również jest takim projektem, który nie czeka na wejście w życie ustawy. Jest projektem obejmującym w części tylko wybrane województwa a w części całą Polskę. Więc jest możliwa ich realizacji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, może na początek pan profesor Jerzy Walecki konsultant w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Panie profesorze, bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, kierownik Zakładu Diagnostyki Radiologicznej CSK MSW prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki:

Dziękuję, panie przewodniczący. Dzień dobry państwu. Bardzo krótko chciałem zasygnalizować, że pewne rozwiązania korzystające z dobrodziejstw technologicznych telemedycyny od lat są stosowane i jakby nie do końca potrzebne są tutaj pewne uregulowania wynikające z ustawy czy uregulowania formalne. Myślę o teleradiologii, która świetnie się wpisuje w to, o czym rozmawiamy. Teleradiologia wpisuje się w takie hasło, że „lekarz jest bliżej pacjenta". Nowoczesna radiologia rzeczywiście posiada już wszystkie narzędzia teleinformatyczne czyli system, w którym wszystkie badania są w postaci cyfrowej.

Teraz przechodząc do ludzi starszych, do chorób wieku starszego, wymienię choćby dwie, które mniej więcej realizujemy. Ten program i te możliwości świetnie widać podczas codziennej pracy. Chociażby jednostka demencji. Bardzo często chorzy otępieni to są zazwyczaj starzy ludzie. Są oni badani w regionalnych ośrodkach, gdzie nie do końca jest możliwa ocena bardzo często zaawansowanych technik diagnostycznych. Następnie ośrodki centralne, uniwersyteckie, które posiadają poradnie alzheimerowskie czy poradnie związane z demencją mają specjalistów od obrazowania i ci mogą oceniać rzeczywisty, morfologiczny stan mózgowia.

Drugi przykład. Ja go cały czas sygnalizuję, bo świetnie funkcjonuje, a w praktyce jesteśmy gotowi technologicznie, to jest onkologia. Ona też wpisuje się w wiek ludzi starszych. Tu chciałem podkreślić, że postęp technologiczny i instalacja nowych systemów, nowych aparatów niestety wyprzedza nieco umiejętności, czasami zaawansowane czytanie tych wyników przez radiologów rozrzuconych po terenie Polski. Co najmniej w czterech ośrodkach, w czterech województwach doskonale teleradiologia pracuje i działa na zasadzie przesyłania obrazów, które oceniane są przez ekspertów w ośrodkach onkologicznych. Zanim pacjent dotrze do tego ośrodka ma już wstępną diagnozę.

Podsumowując moje wystąpienie chciałem powiedzieć, że tak się szczęśliwie składa, że w kilku znanych mi działach medycyny, chociażby w radiologii, telemedycyna czytaj teleradiologia, telekonsultacja już znalazły sobie zastosowanie w tej codziennej aplikacji. To jest ważne i bardzo optymistyczne, że jesteśmy już w paru obszarach gotowi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie profesorze za ten głos w dyskusji. O głos poprosił pan profesor Samoliński. Bardzo proszę.

Przewodniczący Rady ds. Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego prof. dr hab. Bolesław Samoliński:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo. Myślę, że telemedycyna jest w tej chwili największym wyzwaniem, które istnieje przed naszym systemem ochrony zdrowia. We wszystkich krajach wysoko rozwiniętych i cywilizacyjnie sprostającym

tym wymogom już dawno nie było takiego wyzwania. To że idziemy w tę stronę wynika z faktu, że dzisiaj opieka nad osobami, które mają pewne cechy niepełnosprawności a przede wszystkim wielochorobowość, nie może się opierać tylko i wyłącznie na personalnym kontakcie z personelem systemu ochrony zdrowia. Wszystkie kraje przeżywają te same dylematy, to jest koszt takiej obsługi i sprawność dotarcia kolejnej chorej osoby czy potencjalnie chorej osoby a wymagającej takiej opieki do przedstawicieli systemu ochrony zdrowia. Stąd rozwija się to, o czym mówił pan profesor, teleradiologia. Pojęcie telediagnostyka jest pojęciem znacznie, znacznie szerszym i pozwala dzisiaj na coś fantastycznego. W Polsce obecnie buduje się taką perspektywę, to jest monitoring sytuacji zdrowotnej indywidualnego pacjenta. Polska w tym zakresie wydaje się być krajem, który może być w awangardzie europejskiej.

Komisja Europejska przeznaczyła potężne środki na rozbudowę systemów, które pozwalają na wczesne wykrywanie chorób i ich monitorowanie. Co ciekawe, środki te nie są dedykowane rządom, ale regionom czyli buduje się partnerstwo w regionach. W ten sposób na przykład projekt, w którym ja uczestniczę, łączy 60 regionów na terenie Europy. Jest to tak zwany program EIP-AHA – to jest skrót angielski od europejskiej inicjatywy partnerskiej na rzecz aktywnego, zdrowego starzenia się (European Innovation Partnership on Active and Heathy). Obejmuje on budowanie systemów, które pozwalają zapobiec szerzeniu się niepełnosprawności właśnie poprzez fakt, że kontrolując jedną chorobę jesteśmy w stanie zmniejszać ryzyko zaostrzenia się innej choroby lub innych chorób oraz jeszcze dodatkowo wspierać personel medyczny i tego indywidualnego chorego w jego niepełnosprawności.

Chcę podkreślić, że środowiska, które zajmują się tymi problemami są z pogranicza medycyny i z pogranicza systemów informatycznych ale również z pogranicza innowacyjności typu narzędziowej. Ta narzędziowa innowacyjność to bardzo szerokie pojęcie. Dotyczy nie tylko urządzenia inżynierskiego, ale też całych systemów, całych pomysłów, koncepcji, strategii, programów wczesnej profilaktyki, wtórnej profilaktyki. A więc nowoczesnych rozwiązań również intelektualnych w tej sferze działań, w których bez ingerencji regionów państwa, ale przede wszystkim tego podstawowego elementu, jakim jest poziom operacyjny czyli kontakt między pacjentem a środowiskiem medycznym, ochroną zdrowia jest tutaj niezbędny.

Mogę przedstawić przykład, żeby państwu przybliżyć to i zobrazować, i powiedzieć o programach, które znam. To są programy, które potrafią monitorować czy pacjent bierze leki. Potrafią monitorować czy to branie leków jest efektywne. Potrafią też monitorować zaostrzenia choroby. A więc bardzo daleko sięgać w nadzór nad człowiekiem, oczywiście w zgodzie z jego potrzebami i za jego akceptacją.

Pytanie jest takie. Ono bierze się z pierwotnego założenia całego systemu rozwijania innowacyjności w ochronie zdrowia. Żeby obniżyć koszty i jednocześnie usprawnić opiekę nad pacjentem, który w perspektywie krótko i długoterminowej będzie coraz liczniejszym beneficjentem systemu ochrony zdrowia. Mowa tutaj o osobach w wieku podeszłym, w wieku senioralnym, u których wielochorobowość jest typowym zjawiskiem.

Pan minister tutaj powiedział bardzo ważną rzecz, że system musi być przyjazny użytkownikowi. Jeżeli mamy e-wykluczenie, to ono dotyczy różnych osób. Użytkowników tej telemedycyny czyli e-medycyny, e-health, e-zdrowia, ale również i tych, którzy prowadzą nadzór, którzy korzystają z tych narzędzi na potrzeby respondentów, na potrzeby pacjentów. To jest bardzo skomplikowana sprawa. Myślę, że łatwiej – mam nadzieję, że eksperci to potwierdzą – jest dzisiaj zbudować urządzenia, zbudować system informatyczny niż wprowadzić go w życie i spowodować, aby on miał powszechne zastosowanie.

Kolejny element, o którym zacząłem mówić i muszę dokończyć. Wcale nie jest powiedziane, że ten kierunek obniży koszty systemu. Może się okazać, że jest dokładnie odwrotnie – że będziemy mieli większą liczbę hospitalizacji poprzez wcześniejsze wykrywanie zagrożeń chorych. Może się okazać, że ten nadzór nad pacjentem będzie powodował i prowadził do tego, że więcej leków będziemy musieli przepisywać, lepiej monitorując ich branie. Tym samym będziemy zwiększali koszty systemu. Tego nie wiemy. Myślę, że to jest takie ciekawe wyzwanie dla całego środowiska zajmującego się ekonomiką zdrowia i dla nas lekarzy i ekspertów, którzy idą w stronę e-medycyny.

Na sam koniec powiem dwa słowa o tym niezwykle ważnym dokumencie. To był jeden z trzech dokumentów, który rząd przyjął 24 grudnia ubiegłego roku, jaki nas szczególnie interesuje, dotyczy polityki senioralnej do 2020 roku. W jego prace bardzo zaangażowany był współtwórca, jeśli nie twórca główny, to jest Rada ds. Polityki Senioralnej istniejąca przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej. To było fantastyczne partnerstwo dwóch resortów. Ministerstwo Zdrowia ma swój pierwszy rozdział i jest on o tym, że musimy być przygotowani na to co się po angielsku nazywa disability a po polsku niepełnosprawność kolejnych wchodzących w wiek senioralny pokoleń. To jest wyzwanie dnia dzisiejszego. Musimy sobie zdawać z tego sprawę, że oczekiwana długość życia, to jest zjawisko niezwykle korzystne, ale też pełne zakrętów i niebezpieczeństw. Z tym wiąże się to, o czym mówiła też pani poseł Małecka-Libera. A mianowicie musi być pewne partnerstwo w obszarach, które są związane ze zdrowiem i w obszarach związanych z nadzorem typu opieki socjalnej. Tutaj musimy budować nowe rozwiązania. To jest nam potrzebne. Być może telemedycyna, to e-health czyli to internetowe zdrowie wesprze nas w rozwiązaniach w tym zakresie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie profesorze za ten komentarz, za wkład w dzisiejszą dyskusję. Pan wiceminister Piotr Warczyński będzie musiał udać się do Senatu ale zostaje na sali pan Janusz Kaszuba zastępca dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia. Bardzo proszę, pani profesor Danuta Ryglewicz krajowy konsultant w dziedzinie neurologii. Pani zabierze głos później. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii Instytut Psychiatrii i Neurologii prof. dr n. med. Danuta Ryglewicz:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Jeżeli chodzi o telemedycynę, to chciałam dodać jeszcze dwa aspekty, które może warto przedyskutować, jeżeli mówimy o tym, co może wnieść telemedycyna. Tu była mowa, była poruszana kwestia profilaktyki, diagnostyki i monitorowania, ale trzeba jeszcze zwrócić uwagę na możliwości terapii. Myślę tu o rehabilitacji.

W grupie osób starszych rehabilitacja jest jedną z podstawowych metod leczenia zarówno u pacjentów z objawami ogniskowego uszkodzenia mózgu jak również u pacjentów, którzy przeszli uraz czy mieli złamanie. Ono w tym wieku zdarza się często. Dostęp do rehabilitacji jest często utrudniony dla pacjenta, chociażby ze względu na transport. Tutaj telemedycyna może wnieść nowy aspekt. To znaczy pacjent, który w jakimś ośrodku przez pewien czas jest nauczony zakresu ćwiczeń, mógłby te ćwiczenia wykonywać w warunkach domowych pod nadzorem właśnie telemedycyny, telemonitoringu, gdzie specjalista widziałby czy można kontynuować, czy trzeba zmienić ćwiczenia. Myślę, że to jest warte do zastanowienia się. Gałąź wiedzy, jaką jest rehabilitacja bardzo się rozwija. Są nowe techniki, nowe możliwości w tym również przez internet, jeżeli chodzi o funkcje poznawcze. To na pewno byłoby ważne.

Drugi punkt, który chciałabym poruszyć – tutaj już pan profesor mówił o tym – że telemedycyna na pewno jest czymś, co otworzy duże możliwości. Jednak będzie stwarzała również wyzwania i różne problemy. Mamy doświadczenia z teleradiologią, która jest w Polsce powszechnie stosowana, korzystamy z jej usług, ale nie zawsze jakość tych usług jest wysoka. Czasami widzimy błędy, o czym mówił pan profesor odnośnie do na przykład diagnostyki radiologicznej pacjenta, u którego podejrzewamy otępienie czy jakiś inny zespół chorobowy.

Planując ten cały system, wydaje mi się, że koniecznie powinno być ukierunkowanie, polegające na tym, które zespoły chorobowe powinny być diagnozowane i w jakich ośrodkach. W tej chwili w ramach teleradiologii – nie moja to dziedzina – ale lekarz, który się zgłasza, opisuje wszystko. Wiedza medyczna jest tak szeroka, że bardzo dobry radiolog zna się na przykład na problemach gastrologicznych a będzie się trochę mniej znał na neuroradiologii i na odwrót. Tu należałoby zastanawiać się i tworzyć ośrodki preferencyjne – nie używamy tego słowa – w każdym razie ośrodki specjalistyczne. Założenia telekonsultacji czy telediagnostyki muszą być ukierunkowane w zależności od tego, jaki

zespół chorobowy chcemy zdiagnozować. Inaczej rzeczywiście będą zdarzać się błędy, co widzę bezpośrednio na przykładach chorobowych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani profesor, za ten głos w dyskusji. Teraz otwieramy dyskusję. O głos poprosiła pani. Bardzo proszę o przedstawienie się.

Wiceprezes Telecare Iwona Wieczorek-Szołtyk:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Iwona Wieczorek-Szołtyk. Jestem lekarzem i reprezentuję firmę Telecare, która od 2011 roku zajmuje się telemedycyną. Przedstawię pozostałych członków zespołu – inżynier Jarosław Chłosta pomysłodawca, inżynier Michał Chłosta oraz przedstawiciel młodego pokolenia lekarzy Mateusz Palusiński. Skąd się wziął pomysł? Ja prowadzę podstawową opiekę zdrowotną. W związku z tym w jednej poradni miałam pediatrę, w drugiej poradni miałam lekarza internistę. Do internisty trafiło dziecko z odczynem poszczepiennym, do pediatry trafił pacjent z bólem w klatce piersiowej. No i problem. Pediatra nie do końca umie odczytać EKG a internista nie do końca wie co zrobić z odczynem poszczepiennym. I tak wymyśliliśmy, że zrobimy jeden monitor i drugi, i przeprowadzimy konsultacje. Przesyłamy EKG bezpośrednio do internisty. Internista pani ordynator oddziału internistycznego daje super ocenę i następują dalsze konsultacje.

Następny krok. Spotkaliśmy się z pacjentem neurologicznym. Tutaj uwaga do pani profesor. Pacjent był po udarze. Co zrobiliśmy? Wypożyczyliśmy stację, którą zamontowaliśmy nad łóżkiem i rehabilitowaliśmy go. Przychodził rehabilitant. Natomiast podstawowe ćwiczenia przy niedowładzie, bodajże prawostronnym, u starszej pani ćwiczyliśmy regularnie.

Prowadzimy opiekę również nad osobami starszymi, seniorami, osobami korzystającymi z domów opieki społecznej i osobami niepełnosprawnymi. Prowadzimy to od 2007 roku ale od 2011 w pełnym zakresie. Mamy przygotowany film. Pan przewodniczący jednak nie pozwolił nam go wyświetlić.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Jak długo trwa ten film?

Wiceprezes Telecare Iwona Wieczorek-Szołtyk:

Dwie i pół minuty.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dobrze, to proszę wyświetlić.

Wiceprezes Telecare Iwona Wieczorek-Szołtyk:

Mamy centralę, w której dyżuruje pielęgniarka koordynująca i która przez 24 godziny nadzoruje pacjentów. W określonych godzinach dyżurują specjaliści – lekarze rodzinni, kardiolodzy, diabetolodzy, psychiatrzy, psycholodzy, logopedzi i rehabilitanci. Pacjent posiada swoją stację diagnostyczno-lekarską, powiedziałabym prywatną klinikę domową. Jest to monitor dotykowy. Możemy go dotykać ale dla osób niepełnosprawnych jest w zestawie bardzo prosty w obsłudze pilot. Taką stację mamy tutaj ze sobą. Gdyby ktoś był zainteresowany, zapraszam po posiedzeniu Komisji.

To się oczywiście dzieje za pomocą internetu. Pacjent posiada stację monitorującą i mamy z nim kontakt wizualny. Możemy mu wszystko napisać i dodatkowo nas też słyszy. Pacjent posiada w domu swój własny EKG, glukometr, pulsoksymetr, ciśnieniomierz, aparat do monitorowania parametrów INR. Tu właściwie każdy zakres, każdy aparat jest możliwy do podłączenia do stacji pacjenta. Bezpośrednio jednym przyciskiem przesyła on wszystkie dane do centrali, które automatycznie zapisują się w jego indywidualnej kartotece. Oczywiście pacjent może to przesłać tylko do swojej kartoteki a może się połączyć również z pielęgniarką lub z lekarzem.

Co możemy dalej zrobić? Badanie EKG na przykład jest po sekundzie odczytywane przez nas, interpretowane przez lekarza. Możemy to wysyłać również do Pogotowia Ratunkowego w Zawierciu, z którym już współpracujemy. Przekazujemy to do ośrodka kardiologicznego, możemy zapisać to w komórce, możemy przesłać do szpitala. Wszystko

jedno. Nie tracimy czasu na pacjenta, którego szybko zdiagnozujemy. W związku z tym, jeśli przyjeżdża pogotowie, to przyjeżdża do konkretnego przypadku. Wiadomo że pacjenta trzeba umieścić w ośrodku referencyjnym. Jest to system bardzo prosty w obsłudze. Niepełnosprawni mają możliwość korzystania z pilota czteroprzyciskowego.

Od innowacji telemedycyny nie uciekniemy. Lekarze są trudni do wprowadzenia innowacji. Mamy już niestety opóźnienia z dokumentacją medyczną elektroniczną czego bardzo żałuję. W moich placówkach już ten system funkcjonuje.

Miałabym prośbę do Ministerstwa Zdrowia, żeby e-receptę i e-skierowanie nie rozumieć tylko jako wydrukowanie z systemu. Ta e-recepta powinna trafić bezpośrednio do lekarza specjalisty, aby mógł nam bezpośrednio odpisać w systemie. To się powinno znaleźć w naszych kartotekach. To samo z e-receptą, którą praktycznie już drukujemy. Natomiast chodzi o to, żeby pacjent, który jest w domu, objęty opieką telemedyczną mógł ją otrzymać u siebie ewentualnie mogła ona trafić bezpośrednio do apteki. Tutaj mamy największy problem. Te systemy już funkcjonują między innymi w Szwecji, Norwegii, Stanach Zjednoczonych i Niemczech. W Norwegii i Szwecji wypisywane jest to na receptę.

Telemedycyna pozwoli według mnie na optymalizację kosztów w służbie zdrowia, zwiększy możliwość dostępu do służby zdrowia, ułatwi pracę personelu. Głównie chodzi o pielęgniarki środowiskowe, te które muszą chodzić i nadzorować pacjenta. Jeżeli pielęgniarka środowiskowa siada do takiej centrali, praktycznie w ciągu godziny może obsłużyć 10 pacjentów. To co tutaj mówili poprzednicy – może ocenić stan pacjenta, czy wziął lek, czy w ogóle żyje, czy przyjął na przykład insulinę… Jeszcze troszeczkę. Przepraszam.

Podopieczny, pacjent nie musi przychodzić do poradni, komfort, brak kolejek i minutowa porada. Jesteśmy gotowi na to żeby ewentualnie realizować pilotażowy projekt nad osobami starszymi, nad seniorami.

Pochwalę się tylko, że w partnerstwie z rządem słowackim zorganizowaliśmy konferencję i w tej chwili mamy już Orawskie Centrum Telemedycyny w Dolnym Kubinie. Na dużą skalę prowadzimy programy, to co pani poseł wcześniej mówiła, programy profilaktyki otyłości i nadwagi z super skutkiem. Wracając jeszcze do wypowiedzi pana profesora, to chcę powiedzieć, że próbujemy teleusług. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję za podzielenie się informacjami o dobrych praktykach, które funkcjonują na Śląsku. Rzeczywiście możemy zobaczyć ten krótki film jako uzupełnienie pani wypowiedzi w dyskusji.

(film – reklama systemu usług Telecare)

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, za chwilę oddam głos pani prezes Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku Krystynie Lewkowicz. Wcześniej może poprosimy pana ministra ewentualnie pana dyrektora Janusza Kaszubę, żeby krótko nam wszystkim dokładnie wyjaśnił na czym polega projekt, który obecnie realizuje Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Jakie są jego zadania oraz jakie będą przewidywalne efekty. Do tego nawiązała pani mówiąc o sprawie e-recept, które przewiduje wdrażany projekt. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia MZ Janusz Kaszuba:

Janusz Kaszuba Ministerstwo Zdrowia. Z uwagą wysłuchałem wypowiedzi pani, która odniosła się właśnie do Projektu P1 a dokładnie do e-recept, podpowiadając nam, aby w ministerstwie nie ograniczać e-recepty tylko do funkcji wydrukowania. Otóż oświadczam, że w żaden sposób nie jest to ograniczenie tylko do wydrukowania e-recepty a wręcz odwrotnie. Ta recepta w ogóle nie będzie wydrukowana.

Praca i informacje na temat Projektu P1 trwają już od dłuższego czasu. Zachęcam właśnie do zapoznania się z dosyć bogatymi informacjami na stronach internetowych. Obecnie również jest prowadzona kampania informacyjna w mediach, w których dosyć dużo mówi się zwłaszcza o e-recepcie. Korzystają z tego. Jednak widzę, że nawet ośrodki profesjonalne mają problem z dotarciem do informacji, do tego Projektu P1.

Powiem w dużym skrócie. Elementami systemu P1 jest oczywiście nie tylko kwestia dokumentów elektronicznych czyli e-skierowania oraz e-zlecenia, ale generalnie zbudowanie platformy wymiany informacji medycznej, ponieważ wiąże się to też z telemedycyną. Otóż można sobie wyobrazić – i tak jest faktycznie – telemedycyna w tej chwili funkcjonuje. W jednych ośrodkach słabiej ograniczając się na przykład tylko do informacji o badaniach, a w innych – jak to było zaprezentowane – znacznie bardziej profesjonalnie.

Generalnym problemem jest jednak bezpieczeństwo wymiany tej informacji. Otóż nie ma problemu jeśli telemedycyna jest w jednej placówce medycznej a pacjenci i świadczenia są w ramach tej placówki medycznej. Problem zaczyna się, kiedy informacja zaczyna przepływać pomiędzy wieloma świadczeniodawcami. Każda informacja, która dostaje się do sieci, do internetu powoduje to, że ona zaczyna krążyć. Zadaniem ministerstwa jest obsługa prawna tego, tak żeby po pierwsze, informacja o danych medycznych pacjenta była bezpieczna. Po drugie, żeby ta informacja była pewna. Stąd też w projekcie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, chcemy potraktować telemedycynę nie tylko jako opis tego co w tej chwili się dzieje, ale również wyznaczyć ramy prawnej odpowiedzialności za udostępnianie i przechowywanie dokumentacji medycznej jak również danych, które wynikają z prowadzenia telemedycyny.

Pokrótce, jeśli chodzi o P1, e-skierowanie oraz e-zlecenie. Otóż system P1 w zakresie tych trzech obszarów będzie niejako centralną aplikacją, centralną bazą danych dotyczących recept, skierowań i zleceń. Oczywiście przez kilka lat będzie możliwość równoległego wystawiania, funkcjonowania dokumentu elektronicznego i dokumentu papierowego. Ale już w roku 2016 zakładamy, że będzie istniała tylko jedna postać recepty, skierowania i zlecenia jako postać elektroniczna. To będzie funkcjonować w ten sposób, że na przykład w przypadku recept będzie to centralna baza danych w P1 zlokalizowana w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Lekarz, który będzie wystawiał dokument elektroniczny w systemie, również pielęgniarka – bo niedługo będą mogły wystawiać recepty – to ten dokument będzie w tej samej bazie i dostęp do informacji o wystawionej recepcie czy liście leków będzie miał pacjent przez Internetowe Konto Pacjenta. Będzie podobnie jak na przykład w bankowości elektronicznej. Pacjent będzie mógł wejść na swoje konto i zobaczyć świadczenia, wystawione skierowania i wystawione recepty. Ale również informację o wystawionej recepcie będzie mogła mieć apteka. Pacjent czy osoba, która będzie wykupywała leki, poprzez specjalny kod nastąpi jej identyfikacja, że ta osoba jest uprawniona do odbioru tego leku.

Innym, nowym elementem jest również to, że nie trzeba będzie wykupywać całości e-recepty a tylko będzie można wykupić pojedyncze leki. Te leki, które nie zostaną zrealizowane one nadal będą w bazie. Oczywiście w okresie, w którym recepta będzie upoważniała do wykupu. Podobnie będzie wyglądała sytuacja z e-skierowaniem oraz e-zleceniem. Wystawione e-skierowanie będzie widoczne na Internetowym Koncie Pacjenta. Jeśli pacjent zgłosi się do specjalisty czy do szpitala, e-skierowanie będzie wywoływane w systemie informatycznym innej placówki medycznej i będzie ono mogło być realizowane. Obecnie mamy bardzo wiele sytuacji, kiedy jeden pacjent ma wiele skierowań i niejako blokuje miejsca w kolejkach innym pacjentom. Na dobrą sprawę przychodzi tylko do jednego lekarza a w innych kolejkach rezygnuje, nie informując o tym placówki medycznej. Stąd też jest dosyć dużo takich wizyt, na które pacjent nie przychodzi.

Aktualnie całą informację dotyczącą świadczeń medycznych, wypisanych recept pacjent najczęściej nosi w teczce i chodzi z dokumentacją medyczną od lekarza do lekarza. Po wejściu tego systemu i napełnieniu go danymi w przyszłości pacjent nie będzie musiał nosić dokumentów papierowych a jedynie będzie mógł udostępnić swoje dane nowemu lekarzowi. Podczas wizyty lekarz będzie mógł – jeśli otrzyma zgodę pacjenta – zobaczyć historię świadczeń, które w danym okresie wobec pacjenta zostały zastosowane. Stąd też ideą systemu P1 jest po pierwsze, ułatwienie przepływu informacji, która będzie bardzo chroniona.

Za mało jest czasu, żeby więcej powiedzieć na temat tych systemów i procedur ochrony danych, w jaki sposób one będą przepływać. W każdym razie nie chcemy, żeby był jakiś

żywioł w postaci przepływu pomiędzy placówkami. Z drugiej strony dbamy o to żeby ten problem, który istnieje w tej chwili, że w różnych formatach mamy dokumentację. Staramy się to ujednolicić tak, żeby dokument wystawiony w jednej placówce medycznej przez jeden system informatyczny mógł być przeczytany czy przetworzony w innej placówce medycznej przez inny system informatyczny. Do tego między innymi służy również praca nad nowelizacją ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu dyrektorowi. Jeszcze pan minister Sopliński z uzupełnieniem. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Aleksander Sopliński:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Jest bardzo istotne i bardzo ważne zagadnienie, jeśli chodzi o system informatyzacji opieki zdrowotnej, a mianowicie bezpieczeństwo pacjenta. To bardzo ważny aspekt, z tego względu, że osoby w wieku podeszłym, senioralnym charakteryzują się wielochorobowością i wówczas ten pacjent jednocześnie stosuje wiele różnych leków. Bardzo często te leki wpływają wręcz przeciwnie. Dlatego też pacjenci, którzy przychodzą do lekarza, najczęściej przychodzą z pustymi opakowaniami, z całą plastikową torebką.

Chcę podać przykład z mojego doświadczenia lekarskiego. To jest przykład może za ostry. Kiedy przyszła pacjentka do mojego gabinetu i pokazała mi jakie w ostatnim okresie otrzymała leki od różnych lekarzy, zapytałem ją: jak je pani bierze? Odpowiedziała: panie doktorze wpadłam na genialny pomysł –wsypuję to do młynka, mielę i zjadam trzy razy dziennie po jednej łyżce. To jest być może ostry przykład, ale świadczy o tym, że pacjenci właśnie w tym podeszłym wieku stosują wiele leków, które często działają antagonistycznie. I dlatego też wprowadzenie tego systemu, że lekarz do którego zgłosi się pacjent będzie widział, jakie leki pacjent miał zapisane, na co choruje, jak długo bierze te leki, to poprawi bezpieczeństwo zdrowotne tych pacjentów.

Jeszcze szczególnie ważna uwaga dla pacjentów w wieku senioralnym. Obecnie rynek cały czas – szczególnie poprzez reklamy – zaleca różnego rodzaju parafarmaceutyki. I ci pacjenci naprawdę wierzą w to i biorą masę leków, które również działają wręcz antagonistycznie z lekami terapeutycznymi. I dlatego to jest istotna rzecz, że idziemy w kierunku systemu informatycznego. To ułatwi pracę lekarzom i jeszcze raz podkreślam, jest gwarancja bezpieczeństwa leczenia.

Były prośby lekarzy, szczególnie lekarzy w podeszłym wieku, żeby wydłużyć okres recepty papierowej, recepty *pro auctore*. Dlatego też idziemy w tym kierunku, żeby wydłużyć jeszcze bardziej wypisywanie recept dla najbliższych, dla rodziny przez tę grupę lekarzy. Postęp jest tu ważny, ale chcę podkreślić kwestie bezpieczeństwa terapeutycznego, bezpieczeństwa leczniczego tych pacjentów. Sprawia to również, że pacjent nie będzie musiał niepotrzebnie wykupywać wielu leków. Czyli to również chroni jak gdyby kieszeń pacjenta. To też ma kolosalny wpływ. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panu ministrowi. O głos prosiła pani prezes Krystyna Lewkowicz z Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Jak państwo wiedzą, bo o tym zawsze wspominamy na posiedzeniach naszej Komisji, w naszym kraju mamy 500 Uniwersytetów Trzeciego Wieku i blisko 150 tysięcy słuchaczy. Rzeczywiście współpraca z UTW chociażby w zakresie telenauczania może mieć w przyszłości istotne znaczenie. Bardzo proszę panią prezes o zabranie głosu.

Prezes Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku Krystyna Lewkowicz:

Dzień dobry państwu. Dziękuję, panie przewodniczący. Proszę państwa, zacznę od informacji, że środowisko Uniwersytetów Trzeciego Wieku należy do tej najbardziej światłej części seniorów, ponieważ dwie trzecie słuchaczy UTW, to są słuchacze posiadający wyższe wykształcenie. Bardzo niewielu jest słuchaczy UTW, którzy nie mają średniego wykształcenia. To są pojedyncze przypadki.

Zatem jeśli mamy tak światłą populację UTW to teraz wypowiem drugą tezę. Wiedza w tym środowisku na temat teleopieki jest niska albo żadna. Z tej dyskusji, którą śledzę z wielkim zainteresowaniem, wynika, że Polska ma świetne długoletnie doświadczenia a niektóre ośrodki mają niebanalne sukcesy w zakresie teleopieki. Dlatego chciałabym nawiązać do tezy wypowiedzianej przez pana profesora Samolińskiego, że łatwiej jest system wymyślić, opracować pod względem informatycznym niż go wdrożyć.

Etap wdrażania mamy jeszcze przed sobą i jest to ogromne wyzwanie dla wszystkich tutaj obecnych. Dlatego też pozwolę sobie zaapelować zarówno do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia jak również obecnych na sali przedstawicieli przedsiębiorców, którzy opracowują systemy lub produkują urządzenia teleopieki. Dzisiaj, gdyby zapytać przeciętnego słuchacza UTW jakie nabyłby sobie urządzenia do teleopieki, to podejrzewam, że odpowiedzi byłyby takie jak u dzieci w przedszkolu. Dlatego proszę państwa, postawmy na edukację. Jeżeli w tej najbardziej światłej części seniorów ta wiedza jest na poziomie niewystarczającym, to o czym możemy mówić w jakiś małych ośrodkach gdzie dostęp do ośrodków akademickich jest utrudniony, gdzie nie ma UTW lub ludzie po prostu nie mają takiej potrzeby, aby szukać tej wiedzy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Serdecznie dziękuję pani prezes. Rzeczywiście, gdy rozmawiamy o rynku usług telemedycznych, oczywiście mamy przede wszystkim przed oczami instytucje badawcze, ale także wyższe szkoły medyczne. Natomiast pamiętajmy, że w ostatnich latach – to pokazał V Kongres Innowacyjnej Gospodarki, w którym uczestniczyłem – powstało mnóstwo nowych podmiotów. Bardzo duża część tych podmiotów wyrosła z Akademickich Inkubatorów Przedsiębiorczości. Są to firmy, które weszły na rynek i dobrze się rozwijają. Jest z nami pan prezes Krzysztof Przybył z Fundacji „Teraz Polska”, który obserwuje rozwój tego rynku i być może tutaj będzie szukał tych, którzy w przyszłości zostaną nagrodzeni tym fantastycznym wyróżnieniem, jakim jest godło „Teraz Polska” już od dwudziestu lat.

Teraz chciałbym jeszcze wrócić do raportu, który został nam przedstawiony. O głos poprosił pan Ryszard Olszanowski prezes Izby Gospodarczej Medycyna Polska, jeden z współautorów Raportu o uwarunkowaniach rozwoju telemedycyny w Polsce. I rzeczywiście żeby nie było tak słodko, że wszystko jest dobrze, prosiłbym pana prezesa, aby wskazał bariery, jakie dostrzegają polscy przedsiębiorcy w rozwijaniu tego rynku i w rozwijaniu tej dziedziny, o której dzisiaj dyskutujemy. Bardzo proszę, panie prezesie.

Prezes Izby Gospodarczej Medycyna Polska Ryszard Olszanowski:

Dzień dobry państwu. Chciałbym przedstawić współautorów raportu jako, że ja zostałem już przedstawiony. Siedzą tu obok mnie. W czteroosobowym składzie podzieliliśmy się w ten sposób, że jest dwóch seniorów, którym bardzo bliskie są praktyki opieki senioralnej. W związku z tym jesteśmy tym osobiście zainteresowani. I dwóch młodych ludzi – obok mnie siedzi pan dyrektor Jerzy Bujok z Krajowej Izby Gospodarczej i dwóch moich kolegów: pan Mariusz Skrzypek i Robert Gierek. W tym zespole przygotowaliśmy właśnie ten raport. Dziękuję im serdecznie za współpracę.

Proszę państwa, rzeczywiście istnieją bariery. Mówili o nich pan profesor Samoliński, pan minister Warczyński i w ostatnim wystąpieniu pani prezes wspomniała o barierze, która jest najistotniejsza. Nazywamy ją barierą informacyjną. Oceniamy wielkość i powagę tych barier po nakładach, jakie należałoby ponieść, aby się z nimi uporać. Barierą rozwoju jest fakt, że niewiele wiemy właśnie o możliwościach telemedycyny. Jest to początek. Sądzę, że przed nami dość spore nakłady na ten cel, aby o telemedycynie, o Projekcie P1 ruszyła kampania informacyjna. Chodzi o to, abyśmy z informacjami dotarli do społeczeństwa.

Chciałbym zwrócić uwagę na dwa bardzo istotne elementy. Obydwa dotyczą ekonomii. Rzeczywiście, jak przed każdą nową rzeczą są pewne niebezpieczeństwa. W zakresie finansowym jest takie niebezpieczeństwo. Jeżeli rozwój telemedycyny zostawi się na żywioł, to właśnie będzie ona generowała dość poważne koszty. Na przykład, jeśli dzisiaj przy użyciu telemedycyny można wykonać setkom pacjentów, tysiącom pacjentów EKG i wyobraźmy sobie, że wszystkie te EKG ma opisać lekarz. To po prostu czas i koszt pracy tych lekarzy jest takim kosztem, którego system najprawdopodobniej nie wytrzy-

małby, mówiąc kolokwialnie. Muszą właśnie w ramach programów pilotażowych powstać rozwiązania informatyczne. One już funkcjonują, jest polska firma, która w tym zakresie ma znaczne osiągnięcia. Te setki, tysiące EKG musi przeglądać przystosowany program informatyczny. Jak pokazują znane nam doświadczenia na przykład z niemieckiej Kliniki Charite w znakomitej większości od 60% do 10% po selekcji przez program informatyczny, lekarz przegląda tylko 10% tych przypadków, w których faktycznie wystąpiły antyfakty świadczące o zmianach chorobowych. I te EKG musi przejrzeć lekarz, aby podjąć stosowne decyzje. W pozostałych jest informacja – na razie nic się nie dzieje, jest pan, pani pod kontrolą. To jest jedno wyzwanie.

Drugie wyzwanie to bez wątpienia sprawa środków. Myślę, że warto uruchomić programy pilotażowe. Przygotowujemy w Krajowej Izbie Gospodarczej projekt programu ramowego dla Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, aby w tym programie ramowym poprowadzić właśnie tego rodzaju pilotaże.

Jest też tutaj inny problem. Może podam państwu przykład z EKG, może raczej KTG bo to jest bliskie. Gdyby Narodowy Fundusz Zdrowia – załóżmy – był w stanie opłacić domowe KTG każdej kobiecie, która nie ma ciąży nawet w żadnym stopniu patologicznej, no to NFZ nie wytrzymałby. W związku z tym tutaj też w tych badaniach pilotażowych, musi nastąpić stosowna selekcja wskazań przy których można zastosować rozwiązanie telemedyczne w takim badaniu. Są wskazania medyczne do opłacenia przez NFZ takiego badania a w innych przypadkach – bez zagrożenia ciąży normalnej naturalnej – jeśli pacjentka zechce mieć KTG, to bardzo proszę, ale to może być w formie doubezpieczenia. Mogą być stosowne rozwiązania właśnie doubezpieczeniowe czy ewentualnie badanie ze środków własnych. Takie dwie bariery i również zjawiska mogą – jeśli nie będą kontrolowane i stosownie prowadzone – doprowadzić do kłopotów finansowych. Miejmy nadzieję, że u nas tak nie będzie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie prezesie. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Nie słyszę. Szanowni państwo, są na sali przedstawiciele konkretnych placówek medycznych. Jest pan dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie pan Robert Mazur, jest zastępca dyrektora Instytutu Kardiologii pan Maciej Miłkowski więc dziękujemy za reprezentację poszczególnych placówek, które albo wdrażają albo planują wdrożyć rozwiązania z zakresu telemedycyny. O głos poprosiła przewodnicząca Okła-Drewnowicz. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Marzena Okła-Drewnowicz (PO):

Panie przewodniczący. Z tej dyskusji już wynika, że kwestia telemedycyny jest sprawą przyszłości. Dzisiaj są już pierwsze prace pilotażowe, pierwsze praktyki, które pozwolą na docelowe, kompleksowe wprowadzenie tej oferty. W dyskusji pojawił się, bodajże w dwóch wypowiedziach pana profesora Samolińskiego i pana Olszanowskiego, problem kosztów.

Wszyscy boimy się, że to może być bardzo kosztowna oferta, z uwagi na to, że stan zdrowia będzie monitorowany, później trzeba będzie dokonywać dodatkowe badania, trzeba będzie wprowadzać coraz większe zapotrzebowania na leki. Być może tak będzie. Jednak rozumiem, że stawiamy na profilaktykę. Jeżeli wcześniej dzięki telemedycynie będą wykrywane stany zagrożenia chorobowego, jeżeli trzeba będzie wprowadzać dodatkowe leki, które jak wiemy są kosztowne, to i tak w efekcie ta opieka poprzez telemedycynę będzie tańsza, bo jednak to jest profilaktyka. Wtedy nie doprowadzimy do sytuacji, aby pacjent był w najgorszym stanie zdrowia, a więc do takiej sytuacji, która tak naprawdę najwięcej kosztuje. Myślę, że ten kierunek rozwija się u nas, co widać po wielu przykładach. Jest wprowadzany, jest badany, będzie kierunkiem, który okaże się w efekcie przyszłościowym i kompleksowy. Będzie służył przede wszystkim seniorom.

Jeszcze chciałam odnieść się do kwestii rehabilitacji. Rzeczywiście jest ona taką dziedziną, na którą jest ogromne zapotrzebowanie wśród seniorów. Akurat tak się złożyło – miałam osobiste doświadczenia, bo z moim synem po złamaniu nogi trafiłam do poradni rehabilitacyjnej. Rzeczywiście zobaczyłam na korytarzach bardzo wielu seniorów. Więc myślę, że ten problem należy w przyszłości też jakoś specjalnie rozwiązać. Wiem, że nie-

które miasta, na przykład Łódź – bo byłam u pani prezydent – rozwiązuje to w ten sposób, że w różnych placówkach, gdzie przebywają osoby starsze – może na przykład w domach samopomocowych – wprowadzana jest rehabilitacja, zatrudniany jest rehabilitant. I może to też jest jakieś rozwiązanie właśnie na tak duże zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne. Nie wiem, czy będzie taka możliwość, ale może warto byłoby rozpocząć takie próby, rozmowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, żeby dofinansować rehabilitację nie tylko w placówkach służby zdrowia. Nie wiem, czy jest to możliwe, bo to wszystko z pewnością jest przed nami. Jednak wiemy, że seniorów będzie coraz więcej i zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne też będą coraz większe. W tej sytuacji może należałoby się zastanowić nad tym, aby jakoś priorytetowo potraktować te osoby, które są po urazach. To zależy od sposobu organizacji pracy, dyrektora placówki. Czy jest jakaś pula przeznaczana, rezerwowana dla tych, którzy w ciągu roku mają urazy. Bywa tak, że takiej puli nie ma. Wtedy ten pacjent po urazie wędruje na koniec kolejki, która jest na kilka miesięcy. To też wymaga jakiegoś usprawnienia.

To tyle z mojej strony. Mam nadzieję, że telemedycyna w efekcie okaże się nie tylko dobrą ofertą, dobrym sposobem na pomoc osobom wymagającym pomocy medycznej i nie będzie taka droga, jak nam się dzisiaj wydaje, ale w efekcie będzie się ona opłacała. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, za tę wypowiedź trochę podsumowujący naszą dyskusję. Jest jeszcze jeden głos z sali. Pani przewodnicząca wspomniała o znaczeniu rehabilitacji, o tym też mówiła pani profesor Ryglewicz z Instytutu Neurologii i Psychiatrii, także mamy przedstawicieli innych podmiotów zajmujących się rehabilitacją. Jest pan prezes Jerzy Karwowski z Centrum Kompleksowej Rehabilitacji w Konstancinie, jest pani doktor Paśnicka z Centrum Attis w Warszawie. Cieszymy się, że państwo jesteście z nami. O głos poprosił jeszcze pan. Bardzo proszę, o przedstawienie się.

Doradca gospodarczy w Kancelarii Prawnej Doradztwo Gospodarcze Krzysztof Piotrowicz:

Krzysztof Piotrowicz prawnik już w roli seniora. Zbliżam się już do tego wieku mentalnie. Zabrakło mi na sali przedstawiciela Ministerstwa Edukacji Narodowej. Dlatego że problem jest bardzo trudny. Rozumiem, że UTW mogą odegrać olbrzymią rolę, choćby ze względu na liczbę osób w to zaangażowanych. Kiedyś była taka akcja kierowana do wnuczków „Zabierz babci dowód osobisty". Nie wiem jakie było tego pokłosie.

Proponowałbym, żeby jednak rozpocząć tę edukację od skierowania bardzo ciekawego programu do wnuków, do tych najmłodszych. Po pierwsze, nie mamy tej bariery jeżeli chodzi o posługiwanie się informatyką, bo wnuki bardzo wyprzedzają swoich dziadków. Obserwuję moich wnuków a mam ich pięcioro i wszystkie programy, które tam funkcjonują w ogóle są pozbawione elementu empatii, pomocy starszym ludziom. A w tej sprawie mamy olbrzymią rolę do wykonania, jak na przykład stworzenie ciekawych gier takich, które uczuliłyby na problem a jednocześnie mogłyby pomóc w rozwiązywaniu problemów rodzinnych. To dedykuję, nie wiem czy resortowi edukacji, czy organizacjom społecznym.

Druga sprawa. Czy jest możliwość koordynowania tymi problemami? Sądzę, że Komisja ale nie wiem, czy mogłaby pełnić taką rolę. Dlatego że jest wiele spraw, o których tutaj słyszymy, nawet na Śląsku pojawiają się. Wymagałyby jednak w jakimś w zakresie koordynowania – nie wiem czy wolontariatu, czy działalności gospodarczej.

Jeżeli ta ustawa będzie regulowała aspekt prawny to również dobrze byłoby, żeby od czasu do czasu mówić chociażby o współpracy i o koordynacji pewnych działań, dzielenia się pomysłami tak jak to było na V Kongresie Innowacyjnej Gospodarki, w którym uczestniczył pan przewodniczący Komisji. Tak więc proszę o łaskawe przyjęcie takich uwag od seniora. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu za zabranie głosu i poproszę pana Roberta Mazura dyrektora Szpitala Wolskiego w Warszawie.

Dyrektor Szpitala Wolskiego im. Dr Anny Gostyńskiej SP ZOZ w Warszawie Robert Mazur:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Dzień dobry państwu. Kontynuując wypowiedź pani przewodniczącej też chciałbym poruszyć bardzo ważny problem związany z leczeniem seniorów, a więc taką gałęzią leczenia bardzo deficytową w środowisku szpitali polskich, mazowieckich. Chodzi o geriatrię. Jest to taka dziedzina leczenia osób starszych, najbardziej specyficzna, która holistycznie traktuje pacjenta – seniora, który jest obciążony wieloma schorzeniami. Tu należy podjąć takie działań, żeby taki pacjent miał gdzie się leczyć. Tu jest olbrzymi deficyt, niemalże tragedia. W Warszawie mamy tylko dwa szpitale, gdzie są dwa pododdziały w łącznej sumie dwudziestu łóżek. Dwa pododdziały 20 łóżek geriatrycznych. Nie ma pełnoprofilowego, pełnoprawnego oddziału w mieście Warszawa, który mógłby świadczyć tego typu usługi.

Jestem dyrektorem szpitala dla tej części Warszawy – a więc Woli i Bemowa. Jest to blisko 300-tysięczna populacja, która ma praktycznie jeden szpital wieloprofilowy w tym rejonie. Podjąłem właśnie takie działania, próbuję ten problem zniwelować. Obecnie na trzynaście tysięcy przyjęć pacjentów ponad 70% są to pacjenci powyżej 65 lat. Wola jest dzielnicą Warszawy o bardzo wysokim stopniu starzenia się społeczeństwa, na co wskazują też liczby przyjęć pacjentów. Jest niesamowite zapotrzebowanie na tego rodzaju formy leczenia dla pacjentów starszych, dla seniorów.

W szpitalu którym kieruję procent łóżek tylko internistycznych stanowi ponad 30% wszystkich łóżek. Mało który szpital tak naprawdę posiada taką liczbę łóżek internistycznych. Generalnie, ci którzy mogą albo likwidują albo ograniczają liczbę łóżek internistycznych. Dlaczego? Dlatego że są to procedury nieopłacalne. Są to procedury, które trwają bardzo długo, leczenie jest kosztowne. A ja chciałbym postawić przede wszystkim na rozwój interny i na rozwój geriatrii. Obecnie jesteśmy w fazie przystosowania pomieszczeń pod utworzenie właśnie oddziału geriatrycznego na 40 łóżek. Przygotowałem projekt dostosowawczy powierzchni i myślę, że na wiosnę przyszłego roku może uda mi się uruchomić oddział. Oczywiście, jeżeli fundusz będzie na tyle łaskawy i zakontraktuje te usługi, które mimo że są deficytowe, być może nie znajdą jakiejś aprobaty.

Niemniej chciałem tutaj powiedzieć, korzystając z szansy i dziękując za zaproszenie na posiedzenie Komisji, że mój szpital – mówi się Szpital Miejski Wolski, którego mam przyjemność i zaszczyt być dyrektorem, chce postawić na zabezpieczenie potrzeb pacjentów najstarszych. Szpital chce być przyjaznym dla pacjentów seniorów. Wszelkie działania będą szły w tym kierunku, żeby to wszystko w ten sposób dobrze ustawić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze za tę deklarację, bo ona oznacza że będziemy mieli o 200% więcej łóżek geriatrycznych w Warszawie. To jest na pewno pozytywna prognoza. Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, jeszcze jest jedno zgłoszenie do dyskusji. Bardzo proszę. Proszę o przedstawienie się i krótką wypowiedź.

Właściciel Metaphysical Consulting Poland Tadeusz Kaczorowski:

Dzień dobry państwu. Nazywam się Tadeusz Kaczorowski. Jak widać jestem seniorem i beneficjentem tej konferencji. W związku z tym wypada mi podziękować młodej generacji, która chce poświęcić czas i talent na to, żeby się zająć mną jako reprezentantem seniorów. Dziękuję wszystkim organizacjom, które w tym uczestniczą.

Chciałem powiedzieć, że podchodzę trochę z mieszanymi uczuciami do tej tematyki, ponieważ zdaję sobie sprawę – z jednej strony, że to jest bardzo ważne szczególnie dla osób, które zaczynają tracić samodzielność – z drugiej strony ta sprawa idzie niewątpliwie w kierunku totalnej inwigilacji. W sumie, że tak powiem, takie nazwisko jak pan Snowden tutaj coś mówi – przeciwko temu ludzie się buntują. Ale niestety opatrzność boska też jest totalną inwigilacją i w związku z tym nie ma rady. To jest rzecz do której dążymy i która się chyba już nie da odkręcić.

Wyobrażam sobie, gdybym miał być użytkownikiem takiego systemu... Ponieważ z wykształcenia jestem inżynierem, więc mnie interesują pewne rozwiązania techniczne. Ja widziałbym to jako pewien zegarek na ręce. Z tym, że musiałby to być właśnie jakiś

gadżet użytkowy a nie tylko opaska, która przypominałabym człowiekowi, że jest gdzie indziej. Musiałoby to mieć pewne funkcje użytkowe. Ten zegarek musiałby zbierać pewne informacje o stanie mojego zdrowia, co teoretycznie jest możliwe, bo organizm wysyła wszelką informację o swoim stanie. Trzeba je tylko zebrać.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękujemy za ten komentarz. Pan dyrektor Kaszuba udzielił informacji w kwestiach zabezpieczeń dotyczących informacji medycznych i dotyczących zdrowia pacjenta. Może, jeśli pan pozwoli, oddalibyśmy głos panu profesorowi Samolińskiemu. Proszę pana profesora o krótkie podsumowanie dzisiejszej dyskusji.

Właściciel Metaphysical Consulting Poland Tadeusz Kaczorowski:

W takim razie dziękuję państwu i panu przewodniczącemu, że mi przerwał. Kłaniam się.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Nie, nie. Możemy kontynuować dyskusję w kuluarach, jeśli państwo pozwolicie. Też to będzie okazja do wymiany opinii, ale teraz poproszę pana profesora Samolińskiego.

Przewodniczący Rady ds. Polityki Senioralnej przy MPiPS, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego prof. dr hab. Bolesław Samoliński:

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo. Z tej dyskusji wynika, jak to jest nieprawdopodobnie bogaty temat zarówno w inicjatywy jak i w treści. Chciałbym nawiązać do problemu, który jest powszechnie poruszany, to znaczy inicjatyw dotyczących korzystania z technik informatycznych na potrzeby zdrowia – e-zdrowie, e-health czy coraz częściej telemedycyna.

Chodzi o to, żebyśmy nie poszli w taką ścieżkę, że za chwilę będziemy mieli tak duże bogactwo i taką mnogość informacji, że zaczniemy się wszyscy w tym gubić. To sugeruje potrzebę, żeby na etapie planowania tych rozwiązań, jakie państwu będą znane i w których państwo będziecie uczestniczyli, jednak konsultować to z Systemem Centralnym Informacji Ochrony Zdrowia czyli z tym SCIOZ. Budowanie w tej sprawie partnerstwa właśnie z kimś kto będzie nadzorcą, będzie moim zdaniem najbardziej efektywne dla optymalizacji systemu.

Drugi aspekt to jest to, o czym mówiła pani wiceprzewodnicząca. Bardzo dziękuję, za tę uwagę dotyczącą obniżenia kosztów. Proszę państwa, chcę zwrócić uwagę na jedną rzecz. Jeżeli będziemy myśleli tylko w kategoriach budowania systemu a nie pewnego monitoringu efektywności tego systemu, budowania jednocześnie kadr po to, żeby ten system był wdrażany, również szukania nowych zawodów w systemie ochrony zdrowia, które będą sprzyjały edukacji i wdrażaniu tych rozwiązań, możemy ponieść klęskę. Będzie ona polegała na tym, że system będzie znakomity tylko nie będzie wdrożony, nie będzie funkcjonował, bo jak użytkownik nie użyje dobrze tego systemu, to system jest bezwartościowy. I to jest niesamowicie ważne wyzwanie, to jest coś o czym trzeba myśleć w momencie, kiedy planujemy strategię na najbliższe lata. A wiemy że Platforma P1 oraz P2 to jest 2017 rok a więc bardzo, bardzo niedługo.

Kiedyś prowadziłem szpital na ulicy Banacha. Żeby cokolwiek wdrożyć informatycznego w szpitalu potrzebowałem na to roku a co dopiero w całym kraju. Tak więc tego czasu mamy bardzo niewiele.

Cieszę się z uwagi pani prezes Lewkowicz, która mówiła o tym, że jest pewna otwarta kadra, to są Uniwersytety Trzeciego Wieku. Nie znam dokładnych danych. Za każdym razem słyszę, że to jest od 250 do 400 tysięcy słuchaczy UTW. Mam nadzieję, że to będzie rosło w postępie geometrycznym. Ale to jest miejsce, w którym może odbyć się komunikacja i zarazem edukacja.

Moim zdaniem, bezpieczeństwo powinno być zachowane oraz indywidualizm podejścia do każdego pacjenta. Pewnie zaraz pan dyrektor Kaszuba na końcu języka ma gotowe rozwiązania, które będą wdrażane, bo sprawa bezpieczeństwa ma tu krytyczne znaczenie. Natomiast monitoringowi poddaje się ten, kto chce. Jeżeli nie chce się poddać monitoringowi, to oczywiście nie musi w tym uczestniczyć.

To jest oczywiście wielki skrót tego wszystkiego, o czym można byłoby jeszcze mówić. Jestem przekonany i to jest pod adresem pana przewodniczącego – przepraszam, że sie-

dzę tyłem, ale w inny sposób mógłbym zerwać kontakt z mikrofonem – my na początku tego dialogu niezwykle ważnego, który musi mieć charakter edukacyjny i charakter twórczy, na tym musimy się koncentrować. I te przykłady, które pani pokazywała, bardzo ładny przykład współpracy pewnego środowiska, żeby pacjentowi było lepiej, żeby miał lepszą konsultację z lekarzem, żeby nie stał w kolejkach itd.

To jest to, o czym my wszyscy musimy myśleć w bardzo szerokim horyzoncie myślenia, bardzo szerokim i z dużą otwartością ale też świadomością, że tu kryje się pewne niebezpieczeństwo. Jeżeli będziemy inteligentnie do tego podchodzić, przewidująco monitorować wszystko co nam przeszkadza w realizacji strategii, to jesteśmy w stanie uchronić się przed poważnymi błędami. Jestem głęboko przekonany, że Polska jest w tej chwili w awangardzie w Europie, jeśli chodzi o rozwiązania informatyczne na potrzeby systemu zdrowia. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, że mogłem podsumować tę część dyskusji. Dziękuję państwu.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu profesorowi za to podsumowanie. Chciałabym też państwa poinformować, jednocześnie dziękując za udział w posiedzeniu, że Komisja Polityki Senioralnej nadal będzie monitorować kwestie rozwoju telemedycyny w naszym kraju.

Chciałbym poinformować, że w sekretariacie Komisji jest wydrukowana opinia prawna, o której wspominałem na początku posiedzenia. Opinia profesora Henryka Dzwonkowskiego z Uniwersytetu Łódzkiego dotycząca mapy drogowej związanej z utworzeniem nowej podklasy PKD dla usług telemedycyny oraz wpisania tych usług do obecnego systemu Klasyfikacji Działalności Gospodarczej, którego nie ma, a który wnioskowali państwo na V Kongresie Innowacyjności. Jest także opinia dotycząca opodatkowania podatkiem VAT usług telemedycznych. W tej sprawie są oczywiście interpretacje indywidualne Ministra Finansów, ale nie ma takiej interpretacji, która mogłaby być interpretacją przyjętą dla wszystkich podmiotów i usług objętych telemedycyną. Więc do tego też państwa zachęcam.

Zamykam w tej chwili punkt pierwszy, ale proszę państwa, aby jeszcze przez chwilę pozostać na sali, ponieważ mamy bardzo ważną rzecz do przegłosowania. Chciałem państwa poinformować, państwa posłów w szczególności, że na poprzednim posiedzeniu 9 lipca br. Komisja jednogłośnie wystąpiła do Prezydium Sejmu o powołanie doradcy stałego Komisji pana profesora Bolesława Samolińskiego. Chcę uprzejmie poinformować, że Prezydium Sejmu – otrzymałem stosowane pismo od pani marszałek Kopacz – na posiedzeniu 15 lipca wyraziło zgodę na powołanie doradcy stałego Komisji.

Powiem tak: charakterystykę pana profesora przekazywaliśmy na poprzednim posiedzeniu. Myślę, że to wsparcie, które w tej chwili mamy dla polityki senioralnej i które uosabia pan profesor poprzez przewodniczenie Radzie ds. Polityki Senioralnej, będzie naturalnym przedłużeniem tych prac na forum naszej Komisji. Pan profesor jest oczywiście nie tylko przewodniczącym Rady ds. Polityki Senioralnej, jest też konsultantem krajowym w dziedzinie zdrowia publicznego, jest naukowcem, wykładowcą akademickim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.I co jest bardzo ważne, także współpracował w czasie polskiej prezydencji, polskiego przewodnictwa w Radzie Europejskiej w 2011 roku. Podczas polskiej prezydencji przewodniczył podzespołowi ds. zdrowia publicznego, które obejmuje również kwestie zdrowego starzenia się. Dziękujemy przede wszystkim za pana deklaracje i gotowość współpracy.

W tym przypadku zadaję pytanie posłom znajdującym się na sali. Czy jest sprzeciw wobec tego, abyśmy dzisiaj podjęli uchwałę o powołaniu pana profesora Bolesława Samolińskiego na stałego doradcę Komisji Polityki Senioralnej? Sprzeciwu nie słyszę. W związku z powyższym Komisja podjęła uchwałę o powołaniu profesora Samolińskiego na stałego doradcę Komisji. Gratuluję panu profesorowi.

Serdecznie państwu dziękuję za udział w dzisiejszym posiedzeniu. Zachęcam do rozmów kuluarowych. Zamykam posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.